

## **KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN KEBUTUHAN AMAN NYAMAN PADA Tn.  
Y.J.P DENGAN ISKEMIA INFERIOR DI RUANG ICCU RSUD PROF.  
DR.W.Z JOHANNES KUPANG.**



**DOMINGAS TAKAKI**  
**NIM: PO.5303201181179**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
JURUSAN KEPERAWATAN  
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN  
2019**

## **KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN KEBUTUHAN AMAN NYAMAN  
PADA TN Y.J.P DENGAN ISKEMIA INFERIOR DI RUANG  
ICCU RSUD PROF. DR.W.Z JOHANNES KUPANG.**

**Karya Tulis Ilmiah Ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk  
Menyelesaikan Program Studi Diploma III Keperawatan dan Mendapatkan  
Gelar Ahli Madya Keperawatan Melalui Program Rekognisi Pembelajaran  
Lampau (RPL)**



**DOMINGAS TAKAKI**  
**NIM: PO.5303201181179**

**KEMENTRIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA BADAN  
PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA  
MANUSIA KESEHATAN POLITEKNIK KESEHATAN  
KEMENKES KUPANG JURUSAN KEPERAWATAN  
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN  
2019**

### PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Domingas Takaki

NIM : PO.5303201181179

Program Studi : D-III Keperawatan

Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya aku sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Laporan studi kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, 22 Juli 2019

Pembuat Pernyataan



Domingas Takaki

NIM: PO.5303201181179

Mengetahui  
Pembimbing



Ns. Yoani Maria V. B. Aty, S.kep., M.Kep

NIP. 197908052001122001

## LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah oleh Domingas Takaki, NIM: PO. 5303201181179 dengan Judul "ASUHAN KEPERAWATAN KEBUTUHAN AMAN NYAMAN PADA TN Y.J.P DENGAN ISKEMIA INFERIOR DI RUANG ICCU RSUD PROF. DR.W.Z JOHANNES KUPANG", telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Disusun Oleh :



**DOMINGAS TAKAKI**  
**NIM: PO.5303201181179**

Telah Di Setujui Untuk Diseminarkan Di Depan Dewan Penguji  
Prodi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang  
Pada Tanggal 22 Juli 2019

Pembimbing



**Ns. Yoani Maria V. B. Atv, S.kep.,M.Kep**  
**NIP. 197908052001122001**

**LEMBAR PENGESAHAN**

**KARYA TULIS ILMIAH**

ASUHAN KEPERAWATAN KEBUTUHAN AMAN NYAMAN PADA TN  
Y.J.P DENGAN ISKEMIA INFERIOR DI RUANG ICCU RSUD PROF.  
DR.W.Z JOHANNES KUPANG.

**Disusun Oleh:**

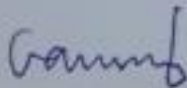


Domingas Takaki  
NIM: PO.5303201181179

Telah Diuji Pada Tanggal, 22 Juli 2019

**Dewan Penguji**

**Penguji I**



Gadur Blasius S.Kep.,Ns.,Msi  
NIP. 196212311989031039

**Penguji II**



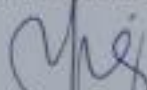
Ns. Yoani Maria V. B. Aty, S.kep., M.Kep  
NIP. 197908052001122001

Mengesahkan  
Ketua Jurusan Keperawatan



Dr. Florentinus Tat, Skp, M.Kep  
NIP. 196911281993031005

Mengetahui  
Ketua Prodi D-III Keperawatan



Margaretha Tela, S.Kep,Ns., MSc-PH  
NIP. 197707272000032002

## **BIODATA PENULIS**

Nama Lengkap : Dominggas Takaki

Tempat tanggal lahir : Passabe ,21 January 1979

Jenis kelamin : Perempuan

Alamat : Jln. Uki Tau

Riwayat Pendidikan :

1. Tamat SD Negeri Passabe 1992
2. Tamat SMP Negeri Passabe Tahun1995
3. Tamat SPK Depkes Dilitahun1997

## **MOTTO**

**“Menjadi Manusia Yang Berguna Untuk Sesama”**

**ABSTRAK**  
**Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang**  
**Jurusan Keperawatan**  
**Karya Tulis Ilmiah, July 2019**

**Nama : Domingas Takaki**

**NIM : PO.5303201181179**

Pasien MRS dengan keluhan nyeri dada kiri dan lemas..pasien dibawa ke IGD RSUD. Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang tanggal 13 July 2019 dan sekarang dirawat di ruangan ICCU. Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 14 July 2019 jam 19:30 pasien mengatakan ia merasakan nyeri di area dada sebelah kiri tembus punggung menjalar ke lengan kiri, nyeri seperti tertendes beban berat, skala nyeri 5, dan badan terasa lemas. Diagnosa keperawatan yang didapatkan adalah Nyeri akut berhubungan dengan Agen cidera biologis ( Penyumbatan arteri koroner) ditandai dengan Pasien mengatakan merasa nyeri di area dada menjalar ke punggung dan tangan, & Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan O2. ditandai dengan pasien mengatakan badannya terasa lemah, aktifitas sehari-hari dibantu keluarga. pasien tampak lemah. Intervensi yang ditetapkan adalah mangkaji nyeri secara komprehensif, mempertahankan tirah baring selama fase akut, menggunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mrngakui pengalaman rasa sakit dan menyampaikan penerimaan respon pasien terhadap nyeri, memberikan lingkungan yang nyaman bagi pasien, mengajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri, mengkolaborasi pemberian analgetik, mendorong pasien untuk memantau nyeri sendiri dengan tepat & Bantu klien untuk mengidentivikasi kemampuan yang dapat dilakukan, Bantu klien memilih aktivitas yang konsisten sesuai kemampuan, Bantu untuk membuat jadwal kegiatan diwaktu luang, Sediakan penguatan positif bagi yang aktif beraktifitas, Monitor respon fisik, emosi, sosial dan spiritual. Implementasi pada kasus dilakukan selama 3 hari. Untuk diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen cidera biologis, tidak semua intervensi dilakukan kepada pasien. Yang tidak dilakukan adalah membantu klien memilih aktivitas yang disukai, hal ini dikarenakan kurangnya waktu yang sangat minim. Untuk diagnosa kedua intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen semua diagnosa yang ditetapkan dilakukan kepada pasien. Evaluasi keperawatan di peroleh masalah teratasi sebagian pada diagnosa keperawatanpasien masih belum sepenuhnya terbebas dari nyeri. sedangkan pada diagnosa keperawatan keperawatan intoleransi aktivitas karena pasien dapat toleran terhadap aktivitas. Untuk itu disimpulkan bahwa intervensi dilanjutkan perawat ruangan.

**Kata kunci: Asuhan Keperawatan Gawat darurat, Iskemia Inferior.**

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas kasih dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan laporan karya tulis ilmiah ini dalam bentuk Studi Kasus dengan “ Asuhan keperawatan kebutuhan Aman Nyaman pada Tn Y.J.P dengan iskemia inferior di Ruang ICCU RSUD Prof. Dr.W.Z Johannes Kupang”.

Mahasiswa menyadari dalam menyelesaikan studikasmusini penulis banyak mengalami hambatan, melalui kesempatan ini mahasiswa dengan tulus hati menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Ibu Ns. Yoani Maria V. B. Aty, S.Kep.,M.Kep, , selaku pembimbing yangdenganpenuhkesabarandanketelitiantelahmembimbingpenulisdengantotalitasnyasehinggastudikasmusinidapatterselesaikandenganbaik.
2. Bapak GadurBlasius S.Kep.,Ns.,Msi,, selaku penguji yang telah meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran untuk menguji penulis dan mengarahkan penulis dalam menyelesaikan studikasmus ini.
3. Ibu Agustina Valentina Somi, SST, selaku Pembimbing Klinik/ CI yang telah membantu dan membimbing penulis dalam proses pelaksanaan studi kasus ini.
4. IbuR.H. Kristina, SKM, M.Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis dalam menyelesaikan studikasmusini.
5. Bapak Dr. Florentianus Tat,SKp,M.Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kupang yang telah memberikan ijin dan kesempatan bagi penulis untuk menyelesaikan studikasmusini.
6. Ibu Margaretha Teli S.Kep.Ns.,MSc-PH selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
7. Seluruh staf dosen dan karyawan Prodi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan studikasmusini.



8. Direktur RSUD Prof. DR. W.Z. Johannes Kupang yang telah menerima dan memberikan izin kepada penulis untuk melaksanakan studi kasus di RSUD Prof. DR. W.Z. Johannes Kupang
9. Seluruh Staf terkhusus bagian Tata Usaha RSUD Prof. DR. W.Z. Johannes Kupang yang membantu penulis dalam proses pelaksanaan studi kasus ini.
10. Mama, Suami, Anak, kakak, ade yang dengan sabar selalu memberikan dukungan doa dan motivasi untuk menyelesaikan Studi Kasus ini.
11. Orang-orang terdekat Bapak Agostinho echo sekeluarga, ibu angela kolo yang telah membantu dan memberikan dukungan untuk menyelesaikan studi kasus ini.
12. Teman - teman RPL tahun 2018 yang selalu memberikan saran, dukungan dan semangat buat mahasiswa dalam menyelesaikan studi kasus ini.

Akhir kata, mahasiswa menyadari bahwa studi kasus ini masih jauh dari kesempurnaan.

Oleh karena itu, segala kritik dan saran yang membangun sangat diharapkan agar dapat digunakan mahasiswa untuk menyelesaikan studi kasus ini selanjutnya.

Kupang, 22 Juli 2018

Penulis

## DAFTAR ISI

|   | hal  |
|---|------|
| Halaman Judul                               |      |
| Lembar Persetujuan.....                     | i    |
| Lembar Pengesahan .....                     | ii   |
| Pernyataan Keaslian Tulisan .....           | iii  |
| Biodata Penulis.....                        | iv   |
| Kata Pengantar.....                         | v    |
| Daftar Isi.....                             | viii |
| BAB 1 PENDAHULUAN .....                     | 1    |
| 1.1 Latar Belakang Masalah.....             | 1    |
| 1.2 Tujuan Studi Kasus.....                 | 2    |
| 1.3 Manfaat Studi Kasus.....                | 3    |
| BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....                 | 4    |
| 2.1 Konsep Dasar Penyakit Iskemia.....      | 4    |
| 2.2 Konsep Dasar Asuhan keperawatan.....    | 14   |
| BAB 3 HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN..... | 22   |
| 3.1 Hasil Studi Kasus .....                 | 22   |
| 3.2 Pembahasan.....                         | 27   |
| 3.3 Keterbatasan Studi Kasus.....           | 32   |
| BAB 4 PENUTUP.....                          | 33   |
| 4.1 Kesimpulan.....                         | 33   |
| 4.2 Saran.....                              | 34   |
| DAFTAR PUSTAKA.....                         | 35   |
| LAMPIRAN                                    |      |

## DAFTAR LAMPIRAN

|                                       | hal |
|---------------------------------------|-----|
| 1. Lembar Konsultasi Pembimbing ..... | 35  |
| 2. Jadwal Kegiatan .....              | 36  |
| 3. Laporan asuhan keperawatan.....    | 37  |

## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar Belakang**

Penyakit jantung iskemik atau koroner (PJK) merupakan keadaan dimana terjadi penimbunan plak pembuluh darah koroner, hal ini menyebabkan arteri koroner menyempit atau tersumbat, arteri koroner merupakan arteri yang menyuplai darah otot jantung dengan membawa oksigen yang banyak, terdapat beberapa factor memicu penyakit ini, yaitu: gaya hidup, factor genetik, usia dan penyakit penyerta yang lain (Crown , 2001).

Menurut WHO tahun 2018 kematian akibat penyakit kardiovaskuler mencapai 17,1 juta orang per tahun, penyakit jantung kardiovaskuler diantaranya penyakit jantung koroner atau iskemik, menjadi urutan pertama dalam daftar penyakit kronis di indonesia, menurut Riskesdas 2018 di indonesia sendiri prevalensi penyakit jantung koroner atau iskemik berdasarkan wawancara terdiagnosis oleh dokter sebanyak 1,5 % sedangkan provinsi NTT sendiri prevalensi penyakit jantung koroner atau iskemik sebanyak 0,7 % (Riskesdas, 2018).

Penyakit jantung iskemia (PJI), dikenal juga Penyakit arteri koroner (PAK), didefinisikan sebagai kekurangan oksigen dan penurunan atau tidak adanya aliran darah ke miokardium yang disebabkan oleh penyempitan atau terhalangnya arteri koroner, PJI dapat terjadi pada gejala koroner akut (GKA), yang melibatkan angina pektoris tidak stabil dan Infark Miokardial Akut (IMA) berhubungan dengan perubahan ECG baik peningkatan pada bagian ST (STEMI) atau peningkatan bagian non-ST (NSTEMI), PJI dapat muncul juga sebagai miokardial infark (MI) didiagnosis hanya oleh penanda biokimia, angina eksersional stabil kronis, iskemia tanpa gejala, atau iskemia disebabkan vasospasmus arteri koroner (angina Prinzmetal atau varian) (Morton, Fontaine, Hudak, & Gallo, 2011).

Dari hasil pengamatan penulis selama melakukan praktik di Ruang ICCU RSUD Prof. Dr.W.Z Johannes Kupang pada tanggal 15-19 Juli 2019,penulis mendapatkan pasien dengan penyakit jantung yang mengalami iskemia sehingga

sangat membutuhkan perawatan/penanganan yang komprehensif dan peran perawat sangat penting dalam memberikan asuhan keperawatan aman nyaman di ruang ICCU sangat penting.

Berdasarkan latar belakang diatas penulis tertarik untuk melakukan pengelolaan kasus dalam bentuk studi kasus dengan judul“Asuhan keperawatan kebutuhan aman nyaman pada Tn Y.J.P dengan iskemia inferior di Ruang ICCU RSUD Prof. Dr.W.Z Johannes Kupang”.

## **1.2 Tujuan Penulisan**

### **1.2.1 Tujuan umum**

Mahasiswa mampu menerapkan asuhan keperawatan kebutuhan aman nyaman serta mengaplikasikanyapada Tn Y.J.P dengan iskemia inferior di Ruang ICCU RSUD Prof. Dr.W.Z Johannes Kupang.

### **1.2.2 Tujuan khusus**

1.2.2.1 Mahasiswa mampu melaksanakan pengkajian keperawatan kebutuhan aman nyaman pada Tn Y.J.P dengan Iskemia inferior di Ruang ICCU RSUD Prof. Dr.W.Z Johannes Kupang.

1.2.2.2 Mahasiswa mampu merumuskan diagnosa keperawatan kebutuhan aman nyaman pada pada Tn Y.J.P dengan iskemia inferior di Ruang ICCU RSUD Prof. Dr.W.Z Johannes Kupang.

1.2.2.3 Mahasiswa mampu mendeskripsikan rencana asuhan keperawatan kebutuhan aman nyamanpada Tn Y.J.P dengan iskemia inferior di Ruang ICCU RSUD Prof. Dr.W.Z Johannes Kupang.

1.2.2.4 Mahasiswa mampu melaksanakan tindakan keperawatan kebutuhan aman nyamanpada Tn Y.J.P dengan iskemia inferior di Ruang ICCU RSUD Prof. Dr.W.Z Johannes Kupang.

1.2.2.5 Mahasiswa mampu melaksanakan evaluasi keperawatan kebutuhan aman nyamanpada Tn Y.J.P dengan iskemia inferior di Ruang ICCU RSUD Prof. Dr.W.Z Johannes Kupang.

### **1.3 Manfaat Studi Kasus**

#### **1.3.1 Manfaat teoritis**

Hasil karya tulis ilmiah ini diharapkan berguna bagi pembangunan ilmu keperawatan khususnya keperawatan gawat darurat pada pasien dengan iskemia inferior.

#### **1.3.2 Manfaat praktis**

##### **1.3.2.1 Bagi Mahasiswa**

Menambah wawasan dan sebagai bahan acuan bagi mahasiswa selanjutnya dalam mengembangkan penelitian lanjutan terhadap pasien iskemia inferior.

##### **1.3.2.2 Bagi Institusi pendidikan.**

Hasil karya tulis ilmiah ini dapat digunakan sebagai bahan acuan bagi pengembangan keilmuan khususnya di program studi ilmu keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang dalam bidang keperawatan gawat darurat terkhususnya penyakit tidak menular.

##### **1.3.2.3 Bagi Institut RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang .**

Hasil karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan evaluasi yang diperlukan dalam pelaksanaan praktek keperawatan yang tepat terkhususnya untuk pasien iskemia inferior dengan gangguan resiko terjadinya infeksi.

##### **1.3.2.4 Bagi pasien dan keluarga.**

Dapat menjadi pedoman bagi pasien untuk mengetahui lebih lanjut penyakit yang dialami.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1. KONSEP TEORI ISKEMIA**

##### **2.1.1 Definisi**

Penyakit jantung koroner adalah istilah umum untuk penumpukan plak di arteri jantung yang dapat menyebabkan serangan jantung, penumpukan plak pada arteri koroner ini disebut dengan aterosklerosis (Brunner & Suddart, 2010).

Penyakit jantung koroner (PJK) merupakan keadaan dimana terjadi penimbunan plak pembuluh darah koroner, hal ini menyebabkan arteri koroner menyempit atau tersumbat, arteri koroner merupakan arteri yang menyuplai darah otot jantung dengan membawa oksigen yang banyak, terdapat beberapa factor memicu penyakit ini, yaitu: gaya hidup, factor genetik, usia dan penyakit penyerta yang lain (Smeltzer & Bare, 2001).

Penyakit jantung iskemia (PJI), dikenal juga Penyakit arteri koroner (PAK), didefinisikan sebagai kekurangan oksigen dan penurunan atau tidak adanya aliran darah ke miokardium yang disebabkan oleh penyempitan atau terhalangnya arteri koroner, PJI dapat terjadi pada gejala koroner akut (GKA), yang melibatkan angina pectoris tidak stabil dan infark miokardial akut (IMA) berhubungan dengan perubahan ECG baik peningkatan pada bagian ST (STEMI) atau peningkatan bagian non-ST (NSTEMI), PJI dapat muncul juga sebagai miokardial infark (MI) didiagnosis hanya oleh penanda biokimia, angina eksersional stabil kronis, iskemia tanpa gejala, atau iskemia disebabkan vasospasmus arteri koroner (angina Prinzmetal atau varian) (Morton, Fontaine, Hudak, & Gallo, 2011).

##### **2.1.2 Etiologi**

Penyebab terjadinya penyakit kardiovaskuler pada prinsipnya disebabkan oleh 2 faktor utama yaitu :

###### **1) Aterosklerosis**

Aterosklerosis atau pengerasan dinding pembuluh darah adalah penyempitan atau penyumbatan pembuluh darah nadi jantung oleh plak

(*ateroma*), pembentukan ateroma merupakan proses yang normal di dalam pembuluh darah manusia, seiring dengan bertambahnya usia, respon terhadap stress mekanis, kimiawi, CO, racun rokok, homosistein, kolesterol, menyebabkan luka goresan pada ateroma tersebut, luka goresan ini selanjutnya menjadi tempat menumpuk lemak, kalsium dan jaringan ikat, pada mulanya, hanya terbentuk endapan lunak, namun proses berlangsung bertahun-tahun mengakibatkan endapan tersebut menjadi keras yang disebut aterosklerosis, selain itu, penyumbatan dan penyempitan ini menyebabkan dinding pembuluh darah menjadi tidak elastis, dan lama-kelamaan timbul gangguan tekanan darah tinggi (hipertensi).

Hipertensi yang tidak terkontrol, dapat berlanjut dan mengakibatkan pecahnya pembuluh darah di otak sehingga menyebabkan serangan stroke, aterosklerosis yang terjadi pada pembuluh darah koroner, dapat menyebabkan kerusakan otot dinding jantung akibat terhentinya aliran darah (*infark miokardia*), dan berkurang aliran darah ke organ-organ lain (*iskemia*).

## 2) Trombosis

Endapan lemak dan pengerasan pembuluh darah menyebabkan aliran darah terganggu dan lama-kelamaan berakibat robeknya dinding pembuluh darah, pada mulanya, gumpalan darah merupakan mekanisme pertahanan tubuh untuk mencegah pendarahan berlanjut pada saat terjadi luka, berkumpulnya luka gumpalan darah di bagian robek tersebut, yang kemudian bersatu dengan keping-keping darah menjadi trombus, trombosis ini menyebabkan sumbatan di dalam pembuluh darah jantung, dapat menyebabkan serangan jantung mendadak, dan bila sumbatan terjadi di pembuluh darah otak menyebabkan stroke (Karyadi, 2002).

Etiologi penyakit jantung koroner adalah adanya penyempitan, penyumbatan, atau kelainan pembuluh arteri koroner, penyempitan atau penyumbatan pembuluh darah tersebut dapat menghentikan aliran darah ke otot jantung yang sering ditandai dengan nyeri, dalam kondisi yang parah, kemampuan jantung memompa darah dapat hilang, hal ini dapat merusak



sistem pengontrol irama jantung dan berakhir dengan kematian. (Smeltzer & Bare, 2001).

Penyempitan dan penyumbatan arteri koroner disebabkan zat lemak kolesterol dan trigliserida yang semakin lama semakin banyak dan menumpuk di bawah lapisan terdalam endothelium dari dinding pembuluh arteri, hal ini dapat menyebabkan aliran darah ke otot jantung menjadi berkurang ataupun berhenti, sehingga mengganggu kerja jantung sebagai pemompa darah, efek dominan dari jantung koroner adalah kehilangan oksigen dan nutrient ke jantung karena aliran darah ke jantung berkurang, pembentukan plak lemak dalam arteri memengaruhi pembentukan bekuan aliran darah yang akan mendorong terjadinya serangan jantung, proses pembentukan plak yang menyebabkan pergeseran arteri tersebut dinamakan arteriosklerosis (Smeltzer & Bare, 2001).

Awalnya penyakit jantung di monopoli oleh orang tua, namun, saat ini ada kecenderungan penyakit ini juga diderita oleh pasien di bawah usia 40 tahun, hal ini biasa terjadi karena adanya pergeseran gaya hidup, kondisi lingkungan dan profesi masyarakat yang memunculkan “tren penyakit” baru yang bersifat degeneratif, sejumlah perilaku dan gaya hidup yang ditemui pada masyarakat perkotaan antara lain mengonsumsi makanan siap saji yang mengandung kadar lemak jenuh tinggi, kebiasaan merokok, minuman beralkohol, kerja berlebihan, kurang berolahraga, dan stress (Smeltzer & Bare, 2001).

### **2.1.3 Patofisiologi**

Aterosklerosis atau pengerasan arteri adalah kondisi pada arteri besar dan kecil yang ditandai penimbunan endapan lemak, trombosit, neutrofil, monosit dan makrofag di seluruh kedalaman tunika intima (lapisan sel endotel), dan akhirnya ke tunika media (lapisan otot polos), arteri yang paling sering terkena adalah arteri koroner, aorta dan arteri-arteri serebral. (Brunner & Suddart, 2010).

Langkah pertama dalam pembentukan aterosklerosis dimulai dengan disfungsi lapisan endotel lumen arteri, kondisi ini dapat terjadi setelah cedera pada sel endotel atau dari stimulus lain, cedera pada sel endotel meningkatkan permeabilitas terhadap berbagai komponen plasma, termasuk asam lemak dan

trigliserida, sehingga zat ini dapat masuk kedalam arteri, oksidasi asam lemak menghasilkan oksigen radikal bebas yang selanjutnya dapat merusak pembuluh darah (Brunner&Suddart, 2010).

Cedera pada sel endotel dapat mencetuskan reaksi inflamasi dan imun, termasuk menarik sel darah putih, terutama neutrofil dan monosit, serta trombosit ke area cedera, sel darah putih melepaskan sitokin proinflamatori poten yang kemudian memperburuk situasi, menarik lebih banyak sel darah putih dan trombosit ke area lesi, menstimulasi proses pembekuan, mengaktifitas sel T dan B, dan melepaskan senyawa kimia yang berperan sebagai chemoattractant (penarik kimia) yang mengaktifkan siklus inflamasi, pembekuan dan fibrosis, pada saat ditarik ke area cedera, sel darah putih akan menempel disana oleh aktivasi faktor adhesif endotelial yang bekerja seperti velcro sehingga endotel lengket terutama terhadap sel darah putih, pada saat menempel di lapisan endotelial, monosit dan neutrofil mulai bermigrasi di antara sel-sel endotel keruang interstisial, di ruang interstisial, monosit yang matang menjadi makrofag dan bersama neutrofil tetap melepaskan sitokin, yang meneruskan siklus inflamasi, sitokin proinflamatori juga merangsang proliferasi sel otot polos yang mengakibatkan sel otot polos tumbuh di tunika intima, (Brunner & Suddart, 2010).

Selain itu kolesterol dan lemak plasma mendapat akses ke tunika intima karena permeabilitas lapisan endotel meningkat, pada tahap indikasi dini kerusakan terdapat lapisan lemak diarteri, apabila cedera dan inflamasi terus berlanjut, agregasi trombosit meningkat dan mulai terbentuk bekuan darah (tombus), sebagian dinding pembuluh diganti dengan jaringan parut sehingga mengubah struktur dinding pembuluh darah, hasil akhir adalah penimbunan kolesterol dan lemak, pembentukan deposit jaringan parut, pembentukan bekuan yang berasal dari trombosit dan proliferasi sel otot polos sehingga pembuluh mengalami kekakuan dan menyempit, apabila kekakuan ini dialami oleh arteri-arteri koroner akibat aterosklerosis dan tidak dapat berdilatasi sebagai respon terhadap peningkatan kebutuhan oksigen, dan kemudian terjadi iskemia

(kekurangan suplai darah) miokardium dan sel-sel miokardium sehingga menggunakan glikolisis anerob untuk memenuhi kebutuhan energinya, proses pembentukan energi ini sangat tidak efisien dan menyebabkan terbentuknya asam laktat sehingga menurunkan pH miokardium dan menyebabkan nyeri yang berkaitan dengan angina pectoris, ketika kekurangan oksigen pada jantung dan sel-sel otot jantung berkepanjangan dan iskemia miokard yang tidak tertasi maka terjadilah kematian otot jantung yang di kenal sebagai miokard infark, patofisiologi penyakit jantung koroner zat masuk arteri arteri Proinflamatori permeabilitas reaksi inflamasi cedera sel endotel Sel darah putih menempel di arteri imigrasi keruang interstisial pembuluh kaku & sempit aliran darah pembentukan trombus monosit makrofag lapisan lemak sel otot polos tumbuh nyeri asam laktat terbentuk MCI Kematian (Brunner & Suddart,2010).

#### **2.1.4 Klasifikasi**

Menurut (Morton, Fontaine, Hudak, & Gallo, 2011)Klasifikasi PJK :

##### **1. Angina Pectoris Stabil/Stable Angina Pectoris**

Penyakit iskemik disebabkan ketidakseimbangan antara kebutuhan dan suplai oksigen miokard, di tandai oleh rasa nyeri yang terjadi jika kebutuhan oksigen miokardium melebihi suplainya, iskemia miokard dapat bersifat asimtomatis (Iskemia Sunyi/Silent Ischemia), terutama pada pasien diabetes, penyakit ini sindrom klinis episodik karena iskemia Miokard transien, laki-laki merupakan 70% dari pasien dengan Angina Pectoris dan bahkan sebagian besar menyerang pada laki-laki  $\pm 50$  tahun dan wanita 60 tahun.

##### **2. Angina Pectoris Tidak Stabil/Unstable Angina Pectoris**

Sindroma klinis nyeri dada yang sebagian besar disebabkan oleh disrupsi plak aterosklerotik dan diikuti kaskade proses patologis yang menurunkan aliran darah koroner, ditandai dengan peningkatan frekuensi, intensitas atau lama nyeri, angina timbul pada saat melakukan aktivitas ringan atau istirahat, tanpa terbukti adanya nekrosis miokard.

- 1). Terjadi saat istirahat (dengan tenaga minimal) biasanya berlangsung > 10 menit
- 2). Sudah parah dan onset baru (dalam 4-6 minggu sebelumnya), dan
- 3). Terjadi dengan pola crescendo (jelas lebih berat, berkepanjangan, atau sering dari sebelumnya).

### 3. Angina Varian Prinzmetal

Arteri koroner bisa menjadi kejang, yang mengganggu aliran darah ke otot jantung (Iskemia). Ini terjadi pada orang tanpa penyakit arteri koroner yang signifikan, namun dua pertiga dari orang dengan angina varian mempunyai penyakit parah dalam paling sedikit satu pembuluh, dan kekejangan terjadi pada tempat penyumbatan, tipe Angina ini tidak umum dan hampir selalu terjadi bila seorang beristirahat – sewaktu tidur angina mempunyai risiko meningkat untuk kejang koroner jika anda mempunyai : penyakit arteri koroner yang mendasari, merokok, atau menggunakan obat perangsang atau obat terlarang (seperti kokain), jika kejang arteri menjadi parah dan terjadi untuk jangka waktu panjang, serangan jantung bisa terjadi.

### 4. Infark Miokard Akut/Acute Myocardial Infarction

Nekrosis miokard akut akibat gangguan aliran darah arteri koronaria yang bermakna, sebagai akibat oklusi arteri koronaria karena trombus atau spasme hebat yang berlangsung lama, infark miokard terbagi 2 :

- 1). Non ST Elevasi Miokardial Infark (NSTEMI)
- 2). ST Elevasi Miokardial Infark (STEMI)

#### **2.1.5 Manifestasi klinik**

Menurut (Brunner & Suddart, 2010), Gejala penyakit jantung koroner

1. Timbulnya rasa nyeri di dada (Angina Pectoris)
2. Sesak nafas (Dispnea)

3. Keanehan pada irama denyut jantung
4. Pusing
5. Rasa lelah berkepanjangan
6. Sakit perut, mual dan muntah

Penyakit jantung koroner dapat memberikan manifestasi klinis yang berbeda-beda, untuk menentukan manifestasi klinisnya perlu melakukan pemeriksaan yang seksama, dengan memperhatikan klinis penderita, riwayat perjalanan penyakit, pemeriksaan fisik, elektrokardiografi saat istirahat, foto dada, pemeriksaan enzim jantung dapat membedakan subset klinis PJK.

#### **2.1.6 Komplikasi**

Menurut (Brunner & Suddart, 2010) komplikasi PJK adapun komplikasi PJK adalah:

1. Disfungsi ventricular
2. Aritmia pasca STEMI
3. Gangguan hemodinamik
4. Ekstrasistol ventrikel Sindroma Koroner Akut Elevasi ST Tanpa Elevasi ST Infark miokard Angina tak stabil
5. Takikardi dan fibrilasi atrium dan ventrikel
6. Syok kardiogenik
7. Gagal jantung kongestif
8. Perikarditis
9. Kematian mendadak

#### **2.1.7 Pemeriksaan penunjang**

1. Laboratorium

Pada pasien angina stabil sebaiknya dilakukan pemeriksaan profil lipid seperti LDL, HDL, kolesterol total, dan trigliserida untuk menentukan faktor resiko dan perencanaan terapi, selain pemeriksaan diatas dilakukan pula pemeriksaan darah lengkap dan serum kreatinin, pengukuran penanda enzim jantung seperti

troponin sebaiknya dilakukan bila evaluasi mengarah pada sindrom koroner akut (Majid,2016).

2. Foto sinar X dada

X-ray dada sebaiknya diperiksa pada pasien dengan dugaan gagal jantung, penyakit katup jantung atau gangguan paru, adanya kardiomegali, dan kongesti paru dapat digunakan prognosis (Majid,2016).

3. Pemeriksaan jantung non-invasif

- a. EKG merupakan pemeriksaan awal yang penting untuk mendiagnosis PJK.
- b. Teknik non-invasi penentuan klasifikasi koroner dan teknik imaging (*computed tomografi* (CT) dan *magnetic resonance arteriography*, Sinar elektron CT telah tervalidasi sebagai alat yang mampu mendeteksi kadar kalsium koroner (Majid,2016).

4. Pemeriksaan invasif menentukan anatomi koroner

- a. Arteriografi koroner adalah Pemeriksaan invasif dilakukan bila tes non invasif tidak jelas atau tidak dapat dilakukan, namun arteriografi koroner tetap menjadi pemeriksaan fundamental pada pasien angina stabil, arteriografi koroner memberikan gambaran anatomis yang dapat dipercaya untuk identifikasi ada tidaknya stenosis koroner, penentuan terapi dan prognosis (Majid, 2016).

## 2.1.8 Konsep teori Kebutuhan Aman Nyaman( Nyeri)

### 1. Respon fisiologis

|                 |   |
|-----------------|---|
| Respon simpatik | <ol style="list-style-type: none"><li>1. Tekanan frekuensi pernapasan</li><li>2. Dilatasi saluran bronkiolus</li><li>3. Peningkatan frekuensi denyut jantung</li><li>4. Vasokonstriksi perifer</li><li>5. Peningkatan kadar glukosa</li></ol> |
|-----------------|---|

|                     |   |
|---------------------|---|
|                     | <p>darah</p> <p>6. Diaforesis</p> <p>7. Peningkatan tegangan otot</p>   |
| Respon parasimpatik | <p>1. Pucat</p> <p>2. Ketegangan otot</p> <p>3. Penurunan denyut jantung</p> <p>4. Pernapasan cepat dan tidak teratur</p> <p>5. Mual dan muntah</p> <p>6. Kelemahan</p> |

## 2. Respon perilaku

Respon perilaku terhadap nyeri yang biasa ditunjukkan antara lain:

- 1) Merubah posisi tubuh
- 2) Mengusap bagian yang sakit
- 3) Menopang bagian nyeri yang sakit
- 4) Menggeretakan gigi
- 5) Menunjukan ekspresi wajah yang meringgis
- 6) Menggerukan alis
- 7) Ekspresi verbal menangis
- 8) Meringgis

## 3. Respon afektif

Respon afektif klien terhadap nyeri bervariasi tergantung pada situasi, derajat dehidrasi, nyeri, derajat interpretasi tentang nyeri.

## 4. Pengaruh nyeri terhadap kehidupan klien

Dengan mengetahui sejauh mana nyeri mempengaruhi aktivitas harian klien akan membantu perawat memahami persepsi klien.

#### 5. Persepsi klien tentang nyeri

Dalam hal ini perawat mengkaji persepsi klien terhadap nyeri.

## **2.2 KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN**

### **2.2.1 Pengkajian**

#### **1. Identitas**

Meliputi nama pasien, umur, jenis kelamin, suku bangsa, pekerjaan, pendidikan, alamat, tanggal MRS dan diagnosa medis (Brunner & Suddart, 2010).

#### **2. Keluhan utama**

Pasien pjk biasanya merasakan nyeri dada dan dapat dilakukan dengan skala nyeri 0-10, 0 tidak nyeri dan 10 nyeri paling tinggi, pengakajian nyeri secara

mendalam menggunakan pendekatan PQRST, meliputi prepitasi dan penyembuh, kualitas dan kuatitas, intensitas, durasi, lokasi, radiasi atau penyebaran, onset (Brunner & Suddart, 2010).

#### **3. Riwayat kesehatan lalu**

Dalam hal ini yang perlu dikaji atau di tanyakan pada klien antara lain apakah klien pernah menderita hipertensi atau diabetes millitus, infark miokard atau penyakit jantung koroner itu sendiri sebelumnya, serta ditanyakan apakah pernah MRS sebelumnya (Brunner & Suddart, 2010).

#### **4. Riwayat kesehatan sekarang**

Dalam mengkaji hal ini menggunakan analisa system PQRST, untuk membantu klien dalam mengutamakan masalah keluhannya secara lengkap, pada klien PJK umumnya mengalami nyeri dada (Brunner & Suddart, 2010).

#### **5. Riwayat kesehatan keluarga**

Mengkaji pada keluarga, apakah didalam keluarga ada yang menderita penyakit jantung koroner. Riwayat penderita PJK umumnya mewarisi juga faktor-faktor risiko lainnya, seperti abnormal kadar kolestrol, dan peningkatan tekanan darah. (Brunner & Suddart, 2010)

#### **6. Riwayat psikososial**



Pada klien PJK biasanya yang muncul pada klien dengan penyakit jantung koroner adalah menyangkal, takut, cemas, dan marah, ketergantungan, depresi dan penerimaan realistis (Brunner & Suddart, 2010).

#### 7. Pola aktivitas dan latihan

Hal ini perlu dilakukan pengkajian pada pasien dengan penyakit jantung koroner untuk menilai kemampuan dan toleransi pasien dalam melakukan aktivitas, pasien penyakit jantung koroner mengalami penurunan kemampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari (Brunner & Suddart, 2010).

#### 8. Pemeriksaan fisik

Menurut (Morton, Fontaine, Hudak, & Gallo, 2011) pemeriksaan fisik pada pasien dengan Iskemia meliputi:

##### a. Keadaan umum

Keadaan umum klien mulai pada saat pertama kali bertemu dengan klien dilanjutkan mengukur tanda-tanda vital, kesadaran klien juga diamati apakah kompos mentis, apatis, somnolen, delirium, semi koma atau koma, keadaan sakit juga diamati apakah sedang, berat, ringan atau tampak tidak sakit.

##### b. Tanda-tanda vital

Kesadaran kompos mentis, penampilan tampak obesitas, tekanan darah 180/110 mmHg, frekuensi nadi 88x/menit, frekuensi nafas 20 kali/menit, suhu 36,2 C.

##### c. Pemeriksaan fisik persistem

1. Sistem persyarafan, meliputi kesadaran, ukuran pupil, pergerakan seluruh ekstermitas dan kemampuan menanggapi respon verbal maupun non verbal.
2. Sistem penglihatan, pada klien PJK mata mengalami pandangan kabur
3. Sistem pendengaran, pada klien PJK pada sistem pendengaran telinga, tidak mengalami gangguan.
4. Sistem abdomen, bersih, datar dan tidak ada pembesaran hati.
5. Sistem respirasi, pengkajian dilakukan untuk mengetahui secara dini tanda dan gejala tidak adekuatnya ventilasi dan oksigenasi, pengkajian

meliputi persentase fraksi oksigen, volume tidal, frekuensi pernapasan dan modus yang digunakan untuk bernapas, pastikan posisi ETT tepat pada tempatnya, pemeriksaan analisa gas darah dan elektrolit untuk mendeteksi hipoksemia.

6. Sistem kardiovaskuler, pengkajian dengan teknik inspeksi, auskultasi, palpasi, dan perkusi perawat melakukan pengukuran tekanan darah; suhu; denyut jantung dan iramanya; pulsasi prifer; dan temperatur kulit, auskultrasi bunyi jantung dapat menghasilkan bunyi gallop S3 sebagai indikasi gagal jantung atau adanya bunyi gallop S4 tanda hipertensi sebagai komplikasi, peningkatan irama napas merupakan salah satu tanda cemas atau takut.
7. Sistem gastrointestinal, pengkajian pada gastrointestinal meliputi auskultrasi bising usus, palpasi abdomen (nyeri, distensi).
8. Sistem muskuloskeletal, pada klien PJK adanya kelemahan dan kelelahan otot sehingga timbul ketidak mampuan melakukan aktifitas yang diharapkan atau aktifitas yang biasanya dilakukan.
9. Sistem endokrin, biasanya terdapat peningkatan kadar gula darah.
10. Sistem Integumen, pada klien PJK akral terasa hangat, turgor baik.
11. Sistem perkemihan, kaji ada tidaknya pembengkakan dan nyeri pada daerah pinggang, observasi dan palpasi pada daerah abdomen bawah untuk mengetahui adanya retensi urine dan kaji tentang jenis cairan yang keluar .

#### 9. Pemeriksaan penunjang

Untuk mendiagnosa PJK secara lebih tepat maka dilakukan pemeriksaan penunjang diantaranya:

- a. EKG memberi bantuan untuk diagnosis dan prognosis, rekaman yang dilakukan saat sedang nyeri dada sangat bermanfaat, gambaran diagnosis dari EKG adalah :
  - 1) Depresi segmen ST  $> 0,05$  Mv
  - 2) Inversi gelombang T, ditandai dengan  $> 0,2$  mV inversi gelombang T yang simetris di sandapan prekordial.

Perubahan EKG lainnya termasuk bundle branch block (BBB) dan aritmia jantung, terutama Sustained VT, serial EKG harus dibuat jika ditemukan adanya perubahan segmen ST, namun EKG yang normal pun tidak menyingkirkan diagnosis APTS/NSTEMI, pemeriksaan EKG 12 sadapan pada pasien SKA dapat menggambarkan kelainan yang terjadi dan ini dilakukan secara serial untuk evaluasi lebih lanjut dengan berbagai ciri dan katagori:

- 1) Angina pektoris tidak stabil; depresi segmen ST dengan atau tanpa inversi gelombang T, kadang-kadang elevasi segmen ST sewaktu nyeri, tidak dijumpai gelombang Q
- 2) Infark miokard non-Q: depresi segmen ST, inversi gelombang T dalam
- 3) Chest X-Ray (foto dada) thorax foto mungkin normal atau adanya kardiomegali, CHF (gagal jantung kongestif) atau aneurisma ventrikuler
- 4) Latihan tes stres jantung (treadmill)

Treadmill merupakan pemeriksaan penunjang yang standar dan banyak digunakan untuk mendiagnosa PJK, ketika melakukan treadmill detak jantung, irama jantung, dan tekanan darah terus-menerus dipantau, jika arteri koroner mengalami penyumbatan pada saat melakukan latihan maka ditemukan segmen depresi ST pada hasil rekaman .

- 5) Ekokardiogram
- 6) Ekokardiogram menggunakan gelombang suara untuk menghasilkan gambar jantung, selama ekokardiogram dapat ditentukan apakah semua bagian dari dinding jantung berkontribusi normal dalam aktivitas memompa, bagian yang bergerak lemah mungkin telah rusak selama serangan jantung atau menerima terlalu sedikit oksigen, ini mungkin menunjukkan penyakit arteri koroner .
- 7) Kateterisasi jantung atau angiografi adalah suatu tindakan invasif minimal dengan memasukkan kateter (selang/pipa plastik) melalui pembuluh darah ke pembuluh darah koroner yang memperdarahi jantung, prosedur ini disebut kateterisasi jantung, penyuntikkan cairan khusus ke dalam arteri atau intravena ini dikenal sebagai angiogram,

tujuan dari tindakan kateterisasi ini adalah untuk mendiagnosa dan sekaligus sebagai tindakan terapi bila ditemukan adanya suatu kelainan .

8) CT scan (Computerized tomography Coronary angiogram)

Computerized tomography coronary angiogram atau CT angiografi koroner adalah pemeriksaan penunjang yang dilakukan untuk membantu memvisualisasikan arteri koroner dan suatu zat pewarna kontras disuntikkan melalui intravena selama CT scan, sehingga dapat menghasilkan gambar arteri jantung, ini juga disebut sebagai ultrafast CT scan yang berguna untuk mendeteksi kalsium dalam deposito lemak yang mempersempit arteri koroner, jika sejumlah besar kalsium ditemukan, maka memungkinkan terjadinya PJK.

9) Magnetic resonance angiography (MRA)

Prosedur ini menggunakan teknologi MRI, sering dikombinasikan dengan penyuntikan zat pewarna kontras, yang berguna untuk mendiagnosa adanya penyempitan atau penyumbatan, meskipun pemeriksaan ini tidak sejelas pemeriksaan kateterisasi jantung.

### 2.2.2 Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis.
2. gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri.
3. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung.
4. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan O<sub>2</sub>.

### 2.2.3 Intervensi Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera

fisik Kriteria Hasil NOC :

- 1) mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan).
- 2) melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri.

3) mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri).

4) menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang.

Intervensi NIC :

#### Terapi Aktivitas

1. kolaborasikan dengan tenaga rehabilitasi medik dalam merencanakan program terapi yang tepat
2. bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan
3. bantu untuk memilih aktivitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik, psikologi dan social
4. bantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk aktivitas yang diinginkan
5. bantu untuk mendapatkan alat bantuan aktivitas seperti kursi roda, krek
6. bantu untuk mengidentifikasi aktivitas yang disukai
7. bantu klien untuk membuat jadwal latihan di waktu luang
8. bantu pasien atau keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas
9. sediakan penguatan positif bagi yang aktif beraktivitas
10. bantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan
11. monitor respon fisik, emosi, social dan spiritual

#### 2. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama

jantung Kriteria Hasil NOC :

- 5) tanda vital dalam rentang normal (tekanan darah, nadi, respirasi)
- 6) dapat mentoleransi aktivitas, tidak ada kelelahan
- 7) tidak ada edema paru, perifer, dan tidak ada asites
- 8) tidak ada penurunan kesadaran

Intervensi NIC :

#### Perawatan Jantung

1. evaluasi adanya nyeri dada ( intensitas, lokasi, durasi)

2. catat adanya disritmia jantung
3. catat adanya tanda dan gejala penurunan cardiac output
4. monitor status kardiovaskuler
5. monitor status pernafasan yang menandakan gagal jantung
6. monitor abdomen sebagai indicator penurunan perfus
7. monitor balance cairan
8. monitor adanya perubahan tekanan darah
9. monitor respon pasien terhadap efek pengobatan antiaritmia
10. atur periode latihan dan istirahat untuk menghindari kelelahan
11. monitor toleransi aktivitas pasien
12. monitor adanya dyspneu, fatigue, tekipneu dan ortopneu
13. anjurkan untuk menurunkan stress

3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan O<sub>2</sub>.

Kriteria Hasil NOC :

- 1) berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi dan rr
- 2) mampu melakukan aktivitas sehari-hari (adls) secara mandiri
- 3) tanda-tanda vital normal
- 4) energy psikomotor
- 5) level kelemahan
- 6) mampu berpindah: dengan atau tanpa bantuan alat
- 7) status kardiopulmunari adekuat
- 8) sirkulasi status baik
- 9) status respirasi : pertukaran gas dan ventilasi adekuat

Intervensi NIC :

Terapi Aktivitas

1. kolaborasikan dengan tenaga rehabilitasi medik dalam merencanakan program terapi yang tepat
2. bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan
3. bantu untuk memilih aktivitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik, psikologi dan social
4. bantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk aktivitas yang diinginkan
5. bantu untuk mendapatkan alat bantuan aktivitas seperti kursi roda, krek
6. bantu untuk mengidentifikasi aktivitas yang disukai
7. bantu klien untuk membuat jadwal latihan diwaktu luang
8. bantu pasien atau keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas
9. sediakan penguatan positif bagi yang aktif beraktivitas
10. bantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan
11. monitor respon fisik, emosi, social dan spiritual.

## **BAB 3**

### **HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN**

#### **3.1. Hasil Studi Kasus**

##### **3.1.1. Pengkajian**

Pengkajian dilakukan pada tanggal 14 Juli 2019 di ruang ICCU RSUD Prof.Dr.W.Z.JOHANNES KUPANG dengan data-data sebagai berikut, nama Tn. Y.J.P berumur: 55 tahun, jenis kelamin laki-laki. masuk rumah sakit dengan diagnosa medis :Iskemia atau Jantung koroner, no RM 446462, pendidikan terakhir S1, beralamat di liiba, pasien masuk RS pada tanggal MRS 13 Juli 2019, sedangkan pengkajian dilakukan pada tanggal pengkajian 14 Juli 2019, status perkawinan pasien sudah menikah, suku bangsa Flores, pekerjaan PNS, Identitas penanggung jawab Tn. Y.J.P adalah Nama Nn. G berjenis kelamin perempuan, beralamat di Liliba, pekerjaan wiraswasta, hubungan dengan klien sebagai anak kandung.

Pasien MRS dengan keluhan nyeri dada kiri dan lemas.pasien dibawah ke IGD RSUD. Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang tanggal 13 Juli 2019 jam 02.20 dan sekarang dirawat di ruangan ICCU. Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 14 juli 2019 jam 14:14 pasien mengatakan ia merasakannyeri di area dada sebelah kiri tembus punggung menjalar ke lengan kiri, nyeri seperti tertimpah beban berat, skala nyeri 5, dan badan terasa lemas.

Pada pengkajian primer jalan napas pasien mengatakan ia tidak merasa sesak napas. didapatkan data lainnya jalan napas pasien tidak terdapat sputum,irama pernapasan teratur(22x/m) tidak ada refleks batuk, tidak ada warna atau konsistensi, saat dilakukan pengkajian tingkat kesadaran diperoleh hasil tingkat kesadaran composmentis dengan hasil GCS E 4, V 5 , M 6. Pasien berbaring dengan posisi semi fowler dengan terapi, ADL (makan/minum, toileting, personal hygiene) dibantu keluarga dan perawat.

Pada pengkajian sirkulasi perifer diperoleh hasil nadi 81 x/menit, irama teratur, denyutan lemah. tekanan darah 90/70 mmHg, ekstremitas hangat,



warna kulit, tidak ada tanda sianosis, ada nyeri dada, capillary refill time < 3 detik.

Saat dilakukan pengkajian tentang asupan cairan dan elektrolit diperoleh hasil turgor kulit baik < 3 detik, mukosa mulut kering, kebutuhan nutrisi pasien yaitu peroral  $\pm 600$  cc/ hari sedangkan cairan parenteral NaCl 0,9 % 500 cc / 24 jam, ketika dikaji pada bagian eliminasi BAK 4-5x/hari, dengan warna kuning jernih dalam jumlah sedang, tidak ada nyeri saat BAK, serta pada pengkajian eliminasi BAB didapatkan hasil: pasien BAB 1x sehari, sejak masuk rumah sakit yaitu pada tanggal 14 sampai 15 Juli 2019 dimana tanggal dilakukannya pengkajian, ketika auskultasi bising usus diperoleh hasil 28 x/menit.

Pada pengkajian sekunder muskuloskeletal tidak ditemukan adanya fraktur ataupun kerusakan jaringan, kekuatan otot pada ekstremitas bawah dan atas bagian kiri kanan ditemukan kekuatan otot 4 untuk tiap-tiap bagian ekstremitas, pengkajian sekunder integumen diperoleh hasil tidak adanya vulnus maupun luka bakar.

Pemeriksaan penunjang yang telah dilakukan adalah pemeriksaan laboratorium darah lengkap diperoleh hasil Hb 15,3 g/dL, jumlah leukosit  $11,62 \times 10^3/\mu\text{L}$ , Gula darah 298 mg/dL, Kalium darah 4,4 mEq/L, sedangkan pada pemeriksaan EKG diperoleh hasil ST elevasi pada Avf I&II.

Terapi yang telah diberikan oleh petugas ruangan yaitu, Aspilet 80 mg/oral, cpg 75 mg/oral, Simvastatin 1x20 mg/oral, CPG 1x75 mg/oral, Metformin 3x500 mg/oral, Lantus 1x30 IV, Arixtra 1x25 mg/Sc abdomen, Laxadin sirup 3x2 cth/ oral, Salbutamol 3x4 mg/oral, ISDN 3x 5 mg/oral.

### **3.2.1. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan ditegakan berdasarkan data-data hasil pengkajian dan analisa data dimulai dari menetapkan masalah, penyebab, dan data-data yang mendukung masalah keperawatan yang ditemukan pada kasus ini adalah:

1. Nyeri akut berhubungan dengan Agen cedera biologis ( Penyumbatan arteri koroner) ditandai dengan Pasien mengatakan merasa nyeri di area dada menjalar ke punggung dan tangan, kesadaran composimentis, pasien tampak meringis, skala nyeri 5, memegang area nyeri, pada pemeriksaan EKG diperoleh hasil ST elevasi pada Avf I&II. TTV: TD 90/70 mmHg, N: 81x/menit, RR: 22 x/menit, S: 36 °C.
2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan O<sub>2</sub>, ditandai dengan pasien mengatakan badannya terasa lemah, aktifitas sehari-hari dibantu keluarga. pasien tampak lemah, hasil EKG pada pemeriksaan EKG diperoleh hasil ST elevasi pada Avf I&II. hasil TTV: TD 90/70 mmHg, N: 81x/menit, RR: 22 x/menit, S: 36 °C hasil Lab: Hb: 15,3 mg/dL, GDS: 298 mg/dL.

### **3.1.3 Intervensi keperawatan**

#### ***3.1.3.1 Nursing outcomes clasification (NOC)***

Untuk diagnosa I mahasiswa melakukan tujuan dari rencana tindakan yaitu setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam di harapkan pasien bebas dari nyeri dengan kriteria hasil : pasien mengatakan nyeri yang dirasakan berkurang, tidak meringis, tidak memegang area nyeri, tidak gelisah, skala nyeri berkurang dari 4-1.

Untuk diagnosa II mahasiswa melakukan tujuan dari rencana tindakan yaitu setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam pasien dapat toleran terhadap aktivitas dengan kriteria hasil melakukan aktivitas secara mandiri, tidak lemah dan ADL tidak dibantu.

#### ***3.1.3.2 Nursing Intervention Clasification (NIC)***

Untuk diagnosa 1 dipilih dari domain 1: fisiologis dasar, kelas E promosi kenyamanan fisik dengan kode 1400 manajemen nyeri, (08.00 wita) mengkaji nyeri secara komprehensif, mempertahankan tirah baring selama fase akut, menggunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengakui pengalaman rasa sakit dan menyampaikan

penerimaan respon pasien terhadap nyeri, memberikan lingkungan yang nyaman bagi pasien, mengajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri, mengkolaborasi pemberian analgetik, mendorong pasien untuk memantau nyeri sendiri dengan tepat.

Untuk diagnosa II, intervensi dipilih dari domain 4 kelas A: intoleransi aktivitas bantu klien untuk mengidentifikasi kemampuan yang dapat dilakukan yaitu, bantu klien memilih aktivitas yang konsisten sesuai kemampuan seperti, bantu untuk membuat jadwal kegiatan di waktu luang, sediakan penguatan positif bagi yang aktif beraktifitas, monitor respon fisik, emosi, sosial dan spiritual.

### **3.1.4 Implementasi Keperawatan**

Tindakan keperawatan dilakukan setelah perencanaan kegiatan dirancang dengan baik, tindakan ini dimulai pada tanggal 15 Juli 2019 hingga 18 Juli 2019, tindakan yang dilakukan setiap harinya mengikuti rencana keperawatan yang telah ditetapkan.

Pada hari pertama tanggal 15 Juli 2019 dilakukan tindakan keperawatan pada diagnose I yaitu melakukan pengkajian pada pukul 08.30 wita sekaligus implementasi hari pertama yaitu mengkaji nyeri secara komprehensif yang meliputi *provocator* (*penyumbatan arteri koroner, kualifikasi (nyeri seperti tertimpa benda berat)*), *region* (*nyeri dirasakan disekitar dada menjalar ke lengan*), *skala nyeri 5* dan *time* (*nyeri hilang muncul*) membantu pasien mempertahankan tirah baring selama fase akut, menggunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengetahui rasa nyeri pasien, memberikan lingkungan yang nyaman bagi pasien, pada pukul 10.00 wita membantu pasien melatih napas dalam dan batuk efektif, pada pukul 11.00 mengkolaborasikan pemberian (ISDN 3x5 mg melalui oral) untuk membantu mengurangi nyeri.

Pada hari kedua tanggal 16 Juli 2019 dilakukan tindakan keperawatan menggunakan catatan perkembangan pada diagnosa I yaitu (09.00) mempertahankan tirah baring selama fase akut, (10.00) menggunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengetahui rasa nyeri pasien, pukul

11.00 memberikan ISDN 3x5 mg/oral untuk membantu mengurangi nyeri, 12.00 mendorong pasien untuk memantau nyeri sendiri dengan tepat.

Pada hari ketiga tanggal 17 Juli 2019 dilakukan tindakan keperawatan menggunakan catatan perkembangan pada diagnosa I yaitu (07.05) mempertahankan tirah baring selama fase akut, (08.00) menggunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengetahui rasa nyeri pasien.

Dan pada diagnosa kedua intoleransi aktivitas dilakukan tindakan pada jam 08.00, mengkaji faktor penyebab ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan O<sub>2</sub>, (09.00) mengajarkan pasien untuk melakukan ROM (*Range Of Motion*) pasif membantu pasien dalam mobilisasi bertahap (bangun dari tempat tidur dan berjalan disekitar tempat tidur), memonitor nutrisi dan sumber energi yang adekuat, memonitor sistem kardiorespirasi selama kegiatan, memonitor pola tidur dan lamanya tidur yaitu pasien mengatakan tidur dengan nyenyak, memonitor hasil TTV pasien (TD 90/70 mmhg, N: 81x/m, RR: 22x/m, S: 36<sup>0</sup>c) membantu memenuhi kebutuhan ADL pasien (menyiapkan makan dan minum).

Pada hari kedua tanggal 16 Juli 2019 jam 08:45 dilakukan tindakan keperawatan mengkaji status fisiologis pasien yang menyebabkan ketidakseimbangan suplai O<sub>2</sub>, menganjurkan pasien untuk tirah baring/pembatasan kegiatan (meningkatkan jumlah waktu istirahat), membantu ADL pasien (BAK), membantu ADL pasien (menyiapkan makan dan minum), memonitor TTV pasien. Pada hari ketiga tanggal 17 Juli 2019 jam 09:40 dilakukan tindakan pada memotivasi pasien untuk terus melakukan ROM (Range of motion) pasif, membantu pasien dalam mobilisasi bertahap (berjalan disekitar tempat tidur), memonitor sistem kardiorespirasi selama kegiatan yaitu nampak baik, memonitor hasil TTV pasien (TD 90/70 mmhg, N: 81x/m, RR: 22x/m, S: 36<sup>0</sup>c).

### **3.1.5 Evaluasi keperawatan**

Tahap evaluasi merupakan tahap dalam asuhan keperawatan yang dimana mahasiswa menilai asuhan keperawatan yang telah dilakukan, evaluasi yang dilakukan antara lain pada tanggal 15 Juli 2019 dengan

diagnosa I nyeri akut yaitu: pasien mengatakan bahwa ia masih merasa nyeri yang ditandai dengan pasien nampak lemah, gelisah, meringis, skala nyeri 4(1-10), untuk itu dapat disimpulkan masalah nyeri akut belum teratasi sehingga intervensi dilanjutkan di hari kedua.

Pada hari pertama tanggal 15 Juli 2019 juga dilakukan evaluasi untuk diagnosa II yaitu Intoleransi aktivitas yang ditandai dengan pasien masih lemas sehingga disimpulkan masalah belum teratasi sehingga intervensi dilanjutkan hari kedua. Pada tanggal 16 Juli 2019 dilakukan evaluasi SOAPIE (catatan perkembangan ) pada diagnosa 1, yaitu pasien masih nampak lemah, gelisah, mengatakan nyeri yang dirasakan berkurang, nampak tidak meringis dan memegang area nyeri, skala nyeri 2. untuk diagnosa II pasien mengatakan tahu tentang aktivitas yang disukai seperti membaca, pasien nampak duduk, baca buku maka dari itu disimpulkan bahwa masalah teratasi sebagian sehingga intervensi dilanjutkan hari ke tiga..

Pada tanggal 17 Juli 2019 dilakukan evaluasi SOAP pada diagnosa 1 yaitu pasien mengatakan nyeri yang dirasakan berkurang, skala nyeri 1, tidak meringis sedangkan pada diagnosa 2 pasien mengatakan sudah bisa sedikit aktivitas secara mandiri. sehingga dari diagnosa 1, 2 disimpulkan bahwa masalah teratasi sebagian dan implementasi dilanjutkan perawat ruangan.

### **3.2 Pembahasan**

Pada pembahasan akan diuraikan kesenjangan antara teori dan praktek. Pada dasarnya dalam memberikan asuhan keperawatan, proses keperawatan merupakan alatnya, dimana melalui pengkajian pada pasien akan diperoleh data-data (data primer atau data yang diperoleh dari pasien maupun data sekunder yang diperoleh dari keluarga), baik yang bersifat obyektif maupun yang bersifat subyektif, data-data yang diperoleh melalui pengkajian selanjutnya dianalisa untuk menemukan adanya masalah kesehatan, tentunya data yang dimaksudkan adalah data yang menyimpang dari nilai normal yang pada umumnya mencirikan penyakit yang sedang dialami oleh pasien, setelah masalah keperawatan diangkat lalu diagnosa keperawatan pun ditegakkan dimana komponen penyusunannya terdiri atas *problem, etiologi, sign dan symptom*

(diagnosa aktual), *problem dan etiologi* (diagnosa potensial) dan komponen *problem* (diagnosa risiko/risiko tinggi). Intervensi/perencanaan pun disusun berdasarkan diagnosa yang ada. Tujuan pencapaian dari setiap intervensi untuk setiap diagnosa ditetapkan saat menyusun perencanaan. Perencanaan yang telah ditentukan dilaksanakan untuk mengatasi masalah-masalah yang telah teridentifikasi, keberhasilan dari setiap tindakan untuk tiap diagnosa dinilai atau dievaluasi, dengan demikian rencana perawatan selanjutnya dapat ditetapkan lagi, demikianpun asuhan keperawatan gawat darurat pada pasien dengan iskemia.

Pembahasan ini akan dilihat adanya kesenjangan antara teori dan praktek (kasus nyata) yang ditemukan pada Tn.Y.J.P dengan iskemia yang dirawat diruang ICCU RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang.

### **3.2.1 Pengkajian**

Dari hasil pengkajian yang didapatkan pada pasien mengatakan ia merasakan nyeri pada area dada kiri menjalar ke punggung dan tangan kiri, nyeri seperti tertimpa beban berat, skala nyeri 5, nampak meringis Nadi 81x/menit, irama tidak teratur, denyut nadi lemah, TD 90/70 MmHg, mukosa bibir lembab, capillary refill time <3 detik, hasil EKG pada pemeriksaan EKG diperoleh hasil ST elevasi pada Avf I&II.

Menurut (Morton, Fontaine, Hudak, & Gallo, 2011) pengkajian pada pasien dengan penyakit jantung iskemik atau koroner meliputi sistem kardiovaskuler, pengkajian dengan teknik inspeksi apakah pasien meringis atau lemas, auskultasi bunyi napas dan bunyi jantung, palpasi, dan perkusi perawat melakukan pengukuran tekanan darah; suhu; denyut jantung dan iramanya; pulsasi prifer; dan temperatur kulit, auskultasi bunyi jantung dapat menghasilkan bunyi gallop S3 sebagai indikasi gagal jantung atau adanya bunyi gallop S4 tanda hipertensi sebagai komplikasi, peningkatan irama napas merupakan salah satu tanda cemas atau takut.

### **3.2.2 Diagnosa Keperawatan**

Pada Kasus TnY.J.P diagnosa yang didapatkan adalah Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis dan Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan O<sub>2</sub>, pada kasus Tn. Y.J.P tidak semua diagnosa Dapat ditegakan, diagnosa yang tidak ditegakan adalah penurunan curah jantung dan gangguan pola tidur.

Hal ini dikarenakan pada saat pengkajian tidak didapatkan data yang mendukung penegakan diagnosa tersebut misalnya pada diagnosa keperawatan gangguan pola tidur pasien mengatakan dapat beristirahat dengan baik.

Diagnosa Keperawatan pada pasien dengan iskemik meliputi Nyeri akut, Gangguan pola tidur, Penurunan curah jantung, Intoleransi aktivitas.

### **3.2.3 Intervensi Keperawatan**

Pada kasus Tn.Y.J.P tidak semua intervensi dilakukan untuk mengatasi kasus. hal ini di karenakan tujuan perawatan yaitu pasien bebas dari nyeri dan pasien dapat toleran terhadap aktivitas.

Menurut (Brunner& suddart,2010) intervensi keperawatan pada pasien dengan iskemia meliputi kolaborasi dengan tenaga rehabilitasi medik dalam merencanakan program terapi yang tepat dalam hal ini terapi obat-obatan, bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan. bantu untuk memilih aktivitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik seperti kemampuan psikologi dan social, bantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk aktivitas yang diinginkan bantu untuk mendapatkan alat bantuan aktivitas, bantu untuk mengidentifikasi aktivitas yang disukai contohnya membaca, bantu klien untuk membuat jadwal latihan di waktu luang, bantu pasien atau keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas, sediakan penguatan positif bagi yang aktif beraktivitas, bantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan, monitor respon fisik, emosi, social dan spiritual.

Intervensi pada pasien dengan diagnosa keperawatan Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan O<sub>2</sub> adalah kaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan dengan konteks usia dan perkembangan, anjurkan pasien mengungkapkan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami, tentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga ketahanan, monitor intake atau asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat, monitor sistem kardiorespirasi selama kegiatan, dukung individu untuk memulai atau melanjutkan latihan, dampingi pasien pada saat menjadwalkan latihan secara rutin, lakukan latihan bersama individu jika perlu, monitor tanda-tanda vital sebelum dan setelah melakukan aktifitas .

#### **3.2.4 Implementasi keperawatan**

Implementasi pada kasus Tn. Y.J.P dengan iskemia dilakukan selama 3 hari, untuk diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis, tidak semua intervensi dilakukan kepada pasien, yang tidak dilakukan adalah membantu klien memilih aktivitas yang disukai contohnya berolahraga atau makan dan minum, hal ini dikarenakan kurangnya waktu yang sangat minim, untuk diagnosa kedua intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen semua intervensi yang telah ditetapkan dilakukan kepada pasien.

#### **3.2.5 Evaluasi keperawatan**

Evaluasi yang diterapkan dalam membuat kasus ini adalah menggunakan teknik evaluasi SOAP& SOAPIE, tujuan dilakukan evaluasi SOAP adalah untuk menentukan perkembangan kesehatan klien, melalui efektifitas, efesiensi dan produktifitas dari tindakan keperawatan, dari tindakan keperawatan yang telah dibuat untuk menilai asuhan keperawatan, mendapat umpan balik, sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat dalam pelaksanaan keperawatan.



Alasan mengapa masalah teratasi sebagian pada diagnosa keperawatan pasien masih belum sepenuhnya terbebas dari nyeri. sedangkan pada diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas karena pasien dapat toleran terhadap aktivitas, untuk itu disimpulkan bahwa intervensi dilanjutkan perawat ruangan.

### **3.2.6 Keterbatasan Studi Kasus**

Dalam melakukan penelitian studi kasus keperawatan pada pasien iskemia ini terdapat keterbatasan yaitu pada orang dan waktunya, orang dalam hal ini pasien hanya berfokus pada satu pasien saja membuat mahasiswa tidak dapat melakukan perbandingan mengenai masalah-masalah yang mungkin didapatkan dari pasien lain.

## **BAB IV**

### **PENUTUP**

#### **4.1 Kesimpulan.**

1. Pasien MRS dengan keluhan nyeri dada kiri dan lemas, pasien dibawa ke IGD RSUD. Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang tanggal 13 Juli 2019 dan sekarang dirawat di ruangan ICCU. Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 14 Juli 2019 jam 14:14 pasien mengatakan ia merasakan nyeri di area dada sebelah kiri tembus punggung menjalar ke lengan kiri, nyeri seperti tertimpah beban berat, skala nyeri 5, dan badan terasa lemas.
2. Diagnosa keperawatan yang didapatkan adalah Nyeri akut berhubungan dengan Agen cedera biologis ( Penyumbatan arteri koroner) ditandai dengan Pasien mengatakan merasa nyeri di area dada kiri menjalar ke punggung dan tangan, dan Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan O<sub>2</sub>, ditandai dengan pasien mengatakan badannya terasa lemah, aktifitas sehari-hari dibantu keluarga.
3. Intervensi yang ditetapkan adalah mengkaji nyeri secara komprehensif, mempertahankan tirah baring selama fase akut, menggunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman rasa sakit dan menyampaikan penerimaan respon pasien terhadap nyeri, memberikan lingkungan yang nyaman bagi pasien, mengajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri, mengkolaborasi pemberian analgetik, mendorong pasien untuk memantau nyeri sendiri dengan tepat, bantu klien untuk mengidentifikasi kemampuan yang dapat dilakukan, bantu klien memilih aktivitas yang konsisten sesuai kemampuan, bantu untuk membuat jadwal kegiatan di waktu luang, sediakan penguatan positif bagi yang aktif beraktifitas, monitor respon fisik, emosi, sosial dan spiritual.
4. Implementasi pada kasus dilakukan selama 3 hari, untuk diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis, tidak semua intervensi dilakukan kepada pasien, yang tidak dilakukan adalah membantu klien memilih aktivitas yang disukai, hal ini dikarenakan kurangnya waktu yang sangat minim, untuk

diagnosa kedua intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen semua diagnosa yang ditetapkan dilakukan kepada pasien.

5. Evaluasi keperawatan di peroleh masalah teratasi sebagian pada diagnosa keperawatanpasien masih belum sepenuhnya terbebas dari nyeri, sedangkan pada diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas karena pasien dapat toleran terhadap aktivitas, untuk itu disimpulkan bahwa intervensi dilanjutkan perawat ruangan

#### **4.2 Saran**

1. Bagi institusi pendidikan

Diharapkan dengan adanya klaporan karya tulis, dapat meningkatkan kualitas pembelajaran bagi mahasiswa atau mahasiswii di kampus Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Prodi D III keperawatan kupang,khususnya pada keperawatan kritis terutama pada pembelajaran tentang Asuhan Keperawatan Kritis.

2. Bagi rumah sakit

Hasil penelitian ini dapat menjadi bahan masukan dan evaluasi yang diperlukan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan di ruangan khususnya ICCU.

## DAFTAR PUSTAKA

- Brunner & Suddart. 2010, Keperawatan medical bedah. Jakarta. EGC
- Majid, a. (2016). *Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler* . Yogyakarta.
- NANDA-I (2018) . *Diagnosis keperawatan*. Jakarta .EGC
- Morton, P. G., Fontaine, D., Hudak, C. M., & Gallo, B. M. (2011). *Keperawatan Kritis*. Jakarta : EGC.
- RISKESDAS. (2018). *Hasil Utama Riskesdas 2018. Hasil Utama Riskesdas* , 60.
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2001). *Keperawatan Medikal-Bedah*. Jakarta: EGC.



# LAMPIRAN

[illegible]



POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES REPUBLIK INDONESIA  
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI DIPLOMA III  
KEPERAWATAN KUPANG



Jl. Piet A. Tallo Liliba Kupang- Telp./Fax : (0380)881045



LEMBAR KONSULTASI  
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

NAMA MAHASISWA  
NIM  
NAMA PEMBIMBING

DOMINGAS TAKAKI  
P05303201181179  
Ns.YOANI M.V.B-ATY, S.Kep.M.Kep.

| NO | TANGGAL    | REKOMENDASI PEMBIMBING                                     | PARAF<br>PEMBIMBING/PENGUJI |
|----|------------|--|-----------------------------|
| 1  | 15/07-2019 | Konsul Asuhan keperawatan                                  |                             |
| 2  | 17/07-2019 | Konsul Laporan pendahuluan bab I-II dan Asuhan keperawatan |                             |
| 3  | 18/07-2019 | Konsul Perbaikan Bab I-II dan Asuhan keperawatan.          |                             |
| 4  | 19/07-2019 | Konsul Perbaikan LP Bab I-IV dan Asuhan keperawatan.       |                             |
| 5  | 20/07.19   | Konsultasi Bab Dgn<br>3.1 Penutup                          | Acc                         |



|   |                |   |   |
|---|----------------|---|---|
|   |                |   |   |
| 6 | 23/<br>07-2019 | KONSUL REVISI LAPORAN<br>STUDI KASUS..              |  |
| 7 | 24/<br>07-2019 | KONSUL REVISI LAPORAN<br>KARYA TULIS ILMIAH.<br>ACC |  |
| 8 |                |   |   |
| 9 |                |   |   |

FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT JURUSAN  
KEPERAWATAN POLTEKES KEMENKES KUPANG

1. Identitas klien

Nama : Tn. Y.J.P

Umur : 55 tahun/12-12-1953

Agama : kristen katolik

Pekerjaan : PNS

Alamat : Liliba

No. Register : 446462

Diagnosa Medik : Iskemia

Tanggal masuk RS : 13 Juli-2019 jam: 20:00  
wita

Tanggal Pengkajian 14 Juli-2019 jam: 19:30  
wita

2. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Ny. G

Umur : 27 Tahun

Alamat : Liliba

Hubungan dengan klien : Anak

3. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan Utama:

pasien mengatakan ia merasakan nyeri didadah menjalar ke punggung dan lengan kiri.

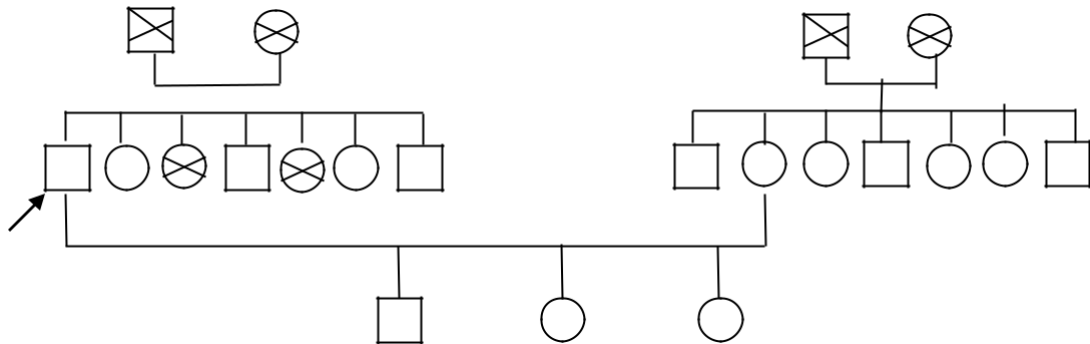
b. Riwayat Penyakit Sekarang







Pasien masuk rumah sakit dengan keluhan nyeri disekitar area dada, menjalar ke punggung dan lenga kiri, nyeri seperti tertimpa beban berat, sakala nyeri 4.

c. Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien mengatakan bahwa ia belum pernah dirawat di rumah sakit.

d. Riwayat Penyakit Keluarga



Keterangan :  : laki-laki  
 : perempuan  
 : laki-laki meninggal  
 : perempuan meninggal  
 : pasien  
 : tinggal serumah

Tanda-tanda vital: Tensi: 90/70mmHg, Nadi: 81x/menit, Suhu: 36<sup>0</sup>C, RR: 20x/menit

4. Pengkajian primer

A. Airways (jalan napas)

Sumbatan

- ☐ Benda asing ☐ Broncospasme
- ☐ Darah ☐ Sputum ☐ Lendir
- ☐ Lain-lain sebutkan -.....

B. Breathing (Pernafasan)

Sesak dengan:

☐ Aktivitas                      ☐ Tanpa aktivitas

☐ Menggunakan otot tambahan

Frekuensi: 22x/menit

Irama:

☒ Teratur                      ☐ Tidak teratur

Kedalaman

☐ Dalam                      ☐ Dangkal

Reflek Batuk: ☐ Ada                      ☐ Tidak

Batuk:

☐ Produktif                      ☐ Non Produktif

Sputum ☐ Ada                      ☐ Tidak

Warna : tidak ada

Konsistensi:

Bunyi Napas

☐ Ronchi                      ☐ Crackles

### C. Circulation

#### a. Sirkulasi Perifer

Nadi: 81x/menit

Irama : ☒ Teratur                      ☐ Tidak teratur

Denyut: ☐ Lemah                      ☒ Kuat                      ☐ Tidak kuat

TD : 90/70 mmHg

Ekstremitas:

☐ Hangat                      ☐ Dingin

Warna Kulit

☐ Cyanosis                      ☒ Pucat                      ☐ Kemerahan

Nyeri Dada: ☒ Ada                      ☐ Tidak

Karakteristik Nyeri Dada

☐ Menetap                      ☒ Menyebar

☐ Seperti ditusuk-tusuk

☒ Seperti ditimpa benda berat

Capillary refill :

☒ < 3 detik                      ☐ > 3 detik

Edema

☐ Ya                      ☒ Tidak

b. Fluid (Cairan dan Elektrolit)

1. Cairan

Turgor

☒ < 3 detik                      ☐ > 3 detik

☒ Baik                      ☐ Sedang                      ☐ Jelek

2. Mukosa Mulut

☐ Lembab                      ☒ Kering

3. Kebutuhan Nutrisi

Oral : ± 660 CC/hari

4. Eliminasi

BAK: 3 x/hari

Jumlah:

☐ Banyak                      ☐ Sedikit                      ☒ Sedang

Warna:

☒ Kuning jernih   ☐ Kuning kental                      ☐ Merah                      ☐ Putih

Rasa sakit saat BAK

☐ Ya                      ☒ Tidak

Keluhan Sakit Pinggang

☐ Ya                      ☒ Tidak

BAB: sejak masuk rumah sakit pada tanggal 25 mei 2019, pasien belum pernah BAB.

Diare:

☐ Ya                      ☒ Tidak                      ☐ Berdarah                      ☐ Berlendir                      ☐ Cair

Bising Usus: .....

5. Intoksikasi

- Makanan
- Gigitan binatang
- Alkohol
- Zat kimia
- Obat-obatan terlarang
- lain-lain.....

D. Disability Tingkat

kesadaran

(V) CM    ()Apatis    () Somnolent    ()    Sopor  
()Soporocoma ()Coma

Pupil:

(V) Isokor    () Miosis    () Anisokor    ()Madeiasis    () Pin poin

Reaksi terhadap cahaya

Kanan: () Positif    () Negatif

Kiri:    () Positif    ()Negatif

GCS: E: 4    M: 5    V: 6

Jumlah: 15

5. Pengkajian Sekunder

a. Muskuloskeletal

- Spasme otot
- Vulnus, Kerusakan jaringan
- Krepitasi
- Fraktur
- Dislokasi
- Kekuatan otot

|    |   |
|----|---|
| 4  | 4 |
| 44 |   |

b. Integumen

- Vulnus
- Luka bakar

c. Psikososial

- Ketegangan meningkat
- Fokus pada diri Sendiri
- Kurang pengetahuan

Terapi tindakan kolaborasi

| Nama Terapi | Dosis   | Rute pemberian | Waktu Pemberian           | Kontraindikasi | Efek Samping |
|-------------|---------|----------------|---------------------------|----------------|--------------|
| ASPILET     | 80 mg   | ORAL           | 14.00                     |                |              |
| SIMVASTATIN | 20 mg   | ORAL           | 14.00                     |                |              |
| METFORMIN   | 500 mg  | ORAL           | 22.00                     |                |              |
| Cpg         | 75 mg   | Oral           | 06.00                     |                |              |
| LANTUS      | 30 mg   | IV             | 22.00                     |                |              |
| ARIXTRA     | 25      | SC             | 18.00,<br>06.00           |                |              |
| LAXADIN     | 3/2 CTH | Oral           | 14.00,<br>22.00<br>06.00, |                |              |
| SALBUTAMOL  | 4 MG    | Oral           | 14.00,<br>22.00 06.00     |                |              |
| ISDN        | 5 MG    | Oral           | 22.00                     |                |              |

Pemeriksaan laboratorium

a. Darah Lengkap

| Jenis Pemeriksaan | Hasil | Satuan              | Nilai Normal |
|-------------------|-------|---------------------|--------------|
| HB                | 15,3  | g/dL                | 13–18        |
| Jumlah Leukosit   | 11,2  | 10 <sup>3</sup> /ul | 4.0-10.00    |

|              |      |        |         |
|--------------|------|--------|---------|
| Eusinofil    | 0,0  | %      | 1.0-5.0 |
| Neutrofil    | 92.0 | %      | 50-70   |
| Limfosit     | 3.8  | %      | 20-40   |
| Gula Darah   | 298  | Mg/dL  | 70-150  |
| Kalium Darah | 4,4  | mooL/L | 3.5-4.5 |

pemeriksaan penunjang lainnya

| Nama pemeriksaan | Waktu | Hasil                      |
|------------------|-------|----------------------------|
| Photo thorax     |       | Cardiomegali               |
| EKG              |       | ST ELEVASI Avf 1& avf<br>2 |



## DIAGNOSA KEPERAWATAN

### a. Analisa Data

| NO | DATA-DATA   | MASALAH    | PENYEBAB             |
|----|---|------------|----------------------|
| 1. | merasakan nyeri dada kiri menjalar ke<br>punggung dan lengan kiri<br>DO : - pasie nampak ,meringis<br>- Skala nyeri 4<br>- Memegang area nyeri<br>- TTV: TD 90/70 mmhg, N:<br>81x/m, RR 22x/m, S: 36 <sup>0</sup> c | Nyeri akut | Agen cedera biologis |

|    |  |                       |  |
|----|--|-----------------------|--|
| 2. | <p>DS : pasien mengatakan badannya terasa lemah, aktifitas sehari-hari dibantu keluarga.</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pasien tampak lemah</li> <li>• hasil foto rontgen cardiomegali</li> <li>• <b>perubahan hasil EKG</b></li> <li>• aktivitas pasien di bantu</li> <li>• hasil TTV:<br/>TD 90/70 mmHg, N:<br/>81x/menit, RR: 22 x/menit, S:<br/>36 °C</li> </ul> | Intoleransi aktivitas | Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan O <sub>2</sub> |
|----|--|-----------------------|--|

b. Diagnosa keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis yang ditandai dengan pasien mengatakan bahwa ia merasakan nyeri di area dada kiri menjalar ke punggung dan lengan kiri , pasien nampak meringis, skala nyeri 4
2. intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan O<sub>2</sub>. ditandai dengan pasien mengatakan badannya terasa lemah, aktifitas sehari-hari dibantu keluarga. pasien tampak lemah, hasil foto rontgen cardiomegali, **perubahan hasil EKG**, hasil TTV:

| NO | DIAGNOSA KEP | NOC | NIC |
|----|--------------|-----|-----|
|----|--------------|-----|-----|

|    |  |   |   |
|----|--|---|---|
| 1. | Nyeri akut<br>berhubungan dengan<br>agen cidera Biologis | Untuk diagnosa I mahasiswa<br>melakukan tujuan dari rencana<br>tindakan yaitu setelah<br>dilakukan asuhan keperawatan<br>3x24 jam di harapkan pasien<br>bebas dari nyeri dengan<br>kriteria hasil : pasien<br>mengatakan nyeri yang<br>dirasakan berkurang, tidak<br>meringis, tidak memegang area<br>nyeri, tidak gelisah, skala nyeri<br>berkurang dari 4-1 | 1. Untuk diagnosa 1 dipilih<br>dari domain 1: fisiologis<br>dasar, kelas E promosi<br>kenyamanan fisik dengan<br>kode 1400 manajemen<br>nyeri, (08.00 wita)<br>mangkaji nyeri secara<br>komprehensif,<br>mempertahankan tirah<br>baring selama fase akut,<br>menggunakan strategi<br>komunikasi terapeutik<br>untuk mengakui<br>pengalaman rasa sakit<br>dan menyampaikan<br>penerimaan respon pasien<br>terhadap nyeri,<br>memberikan lingkungan<br>yang nyaman bagi pasien,<br>mengajarkan teknik<br>relaksasi untuk<br>mengurangi nyeri,<br>mengkolaborasi<br>pemberian analgetik,<br>mendorong pasien untuk<br>memantau nyeri sendiri<br>dengan tepat |
|----|--|---|---|

|    |  |  |  |
|----|--|--|--|
| 2. | intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan O2. | <p>Toleransi Terhadap Aktivitas</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam pasien akan menunjukan toleransi terhadap aktivitas kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. saturasi O2 ketika beraktivitas</li> <li>2. frekuensi napas saat beraktivitas</li> <li>3. kekuatan tubuh bagian bawah</li> <li>4. kekuatan tubuh bagian atas</li> <li>5. kemudahan dalam ADL</li> <li>6. temuan hasil EKG meningkat dari skala 3 (cukup terganggu) ke skala 4 (sedikit terganggu)</li> </ol> | <p>MANAJEMEN ENERGI</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. kaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan.</li> <li>2. Anjurkan pasien untuk meningkatkan tirah baring/pembatasan kegiatan)</li> <li>3. lakukan ROM pasif</li> <li>4. monitor sisten kardiorespirasi selama kegiatan</li> <li>5. bantu penuhi kebutuhan ADL pasien</li> </ol> |
|----|--|--|--|

## IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Hari / tanggal : senin, 15 Juli 2019

| NO | No. JAM IMPLEMENTASI | EVALUASI diagnosa |  |
|----|----------------------|-------------------|--|
|----|----------------------|-------------------|--|

|    |   |  |   |   |
|----|---|--|---|---|
| 1. | I |  | <p>melakukan pengkajian pada pukul 08.30 wita sekaligus implementasi hari pertama yaitu mengkaji nyeri secara komprehensif yang meliputi <i>provocator</i>(<i>penyumbatan arteri koroner</i>, <i>qualifikasi</i>(<i>nyeri seperti tertimpa benda berat</i>), <i>region</i>(<i>nyeri dirasakan disekitar dada menjalar ke lengan</i>), <i>skala nyeri 5 dan time</i>(<i>nyeri hilang muncul</i>) membantu pasien mempertahankan tirah baring selama fase akut, menggunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengetahui rasa nyeri pasien, memberikan lingkungan yang nyaman bagi pasien, pada pukul 10.00 wita membantu pasien melatih napas dalam dan batuk efektif, pada pukul 11.00 mengkolaborasikan pemberian( ISDN 3x5 mg melalui oral) untuk membantu mengurangi nyeri.</p> | <p>: pasien mengatakan bahwa ia masih merasa nyeri yang ditandai dengan pasien nampak lemah, gelisah, meringis, skala nyeri 4(1-10). Untuk itu dapat disimpulkan masalah nyeri akut belum teratasi sehingga intervensi dilanjutkan di hari kedua.</p> |
|----|---|--|---|---|

|    |  |  |   |   |
|----|--|--|---|---|
| 2. |  |  | <p>1. mencegah penyebab yang membuat pasien merasa kelelahan.</p> <p>Hasil: pasien mengatakan bahwa ia bergerak (miring kiri/kanan, bangun dari posisi baring) membuat pasien lelah dan sesak napas.</p> <p>2. Menganjurkan pasien untuk tirah baring/pembatasan kegiatan (meningkatkan jumlah waktu istirahat).</p> <p>Hasil: pasien mengatakan susah beristirahat dengan nyaman karena sesak.</p> <p>3. Membantu ADL pasien (menyiapkan makan dan minum, BAK)</p> | <p>S: pasien mengatakan tubuhnya masih lemah, aktivitasnya masih dibantu keluarga</p> <p>O: pasien tampak lemah, dispnea setelah aktivitas, hasil foto rontgen, cardiomegali, <b>perubahan hasil EKG</b></p> <p>TTV: TD: 90/60 mmHg; N: 85x/menit; S: 36,<sup>0</sup>C, RR: 26x/mnt</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p> |
|----|--|--|---|---|

Hari / tanggal : selasa, 16 juli 2019

| NO | NO<br>DX | JAM | IMPLEMENTASI | EVALUASI |
|----|----------|-----|--------------|----------|
|    |          |     |              |          |

|    |    |  |  |  |
|----|----|--|--|--|
| 1. | I  |  | <p>Pada hari kedua tanggal 16 July 2019 dilakukan tindakan keperawatan menggunakan catatan perkembangan pada diagnosa I yaitu (09.00)mempertahankan tirah baring selama fase akut, (10.00) menggunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengetahui rasa nyeri pasien, pukul 11.00 memberikan ISDN 3x5 mg/oral untuk membantu mengurangi nyeri, 12.00 mendorong pasien untuk memantau nyeri sendiri dengan tepat.</p> | <p>pasien masih nampak lemah, gelisah, mengatakan nyeri yang dirasakan berkurang, nampak tidak meringis dan memegang area nyeri , skala nyeri 2.</p>   |
| 2. | II |  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. memotivasi pasien untuk terus melakukan ROM pasif ,</li> <li>2. memonitor sistem kardiorespirasi selama kegiatan</li> <li>3. membantu pasien dalam mobilisasi bertahap. (bangun dari tempat tidur dan berjalan disekitar tempat tidur).</li> <li>4. membantu penuhi kebutuhan ADL pasien</li> <li>5. memonitor hasil TTV pasien (TD 90/70 mmHg, RR:</li> </ol>                 | <p>S: pasien mengatakan tubuhnya sudah tidak terlalu lemah lagi, dan sudahmulai bisa beraktifitas.</p> <p>O: pasien masih tampak lemah, sesak berkurang saat beraktifitas,pasien mampu beraktifitas sebagian (makan/minum,bangun dari tempat tidur),<b>perubahan hasil EKG</b>, skala kekuatan otot:</p> |

|  |  |  |                                    |   |
|--|--|--|------------------------------------|---|
|  |  |  | 24x/mnt, N: 88 x/menit, S: 36,4°C) | <div style="text-align: center;"> 3      3<br/> <hr style="width: 50%; margin: 0 auto;"/> 3      3 </div><br>TTV: TD: 90/60 mmHg;<br>N: 85x/menit; S: 36, <sup>0</sup> C,<br>RR: 24x/mnt<br>A: Masalah teratasi sebagian<br>P: intervensi dilanjutkan |
|--|--|--|------------------------------------|---|

Hari / tanggal : rabu, 17 Juli 2019

| NO | NO DX | JAM | IMPLEMENTASI   | EVALUASI  |
|----|-------|-----|--|---|
| 1  | I     |     | Pada hari ketiga tanggal 17 July 2019 dilakukan tindakan keperawatan menggunakan catatan perkembangan pada diagnosa I yaitu (07.05) mempertahankan tirah baring selama fase akut, (08.00) menggunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengetahui rasa nyeri pasien. | pasien mengatakan nyeri yang dirasakan berkurang, skala nyeri 1 masalah teratsi sebagian dan intervensi dilanjutkan perawat ruangan.                              |
| 2  | II    |     | 1. memotivasi pasien untuk terus melakukan ROM pasif ,<br>2. memonitor sistem kardiorespirasi selama kegiatan  | S: pasien mengatakan tubuhnya sudah tidak terlalu lemah lagi, aktivitasnya sudahtidak dibantu keluarga.<br><br>O: pasien masih tampak lemah, sesak berkurang saat |



|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  | <div><div>3. membantu pasien dalam mobilisasi bertahap.<br/>(berjalan disekitar tempat tidur).</div><div>4. membantu penuhi kebutuhan ADL pasien</div><div>5. memonitor hasil TTV pasien<br/>(TD 100/70 mmHg, RR: 22x/mnt, N: 83 x/menit, S: 36,6°C)</div></div> | <div>beraktifitas, pasien mampu beraktifitas secara mandiri,<b>perubahan hasil EKG</b>, skala kekuatan otot:</div> <div><div><div>4</div><div>4</div><div>4</div><div>4</div></div></div> <div>TTV: TD: 100/70 mmHg; N: 83x/menit; S: 36,6<sup>0</sup>C, RR: 22x/mnt</div> <div>A: Masalah teratasi sebagian</div> <div>P: intervensi      dilanjutkan perawat ruangan</div> |
|--|--|--|--|